ZDROWIE I·ŻYCIE

DZIENNIK·URZĘDOWY IZBY·ZDROWIA W·GENERALNYM GUBERNATORSTWIE



KRAKÓW

Do leczenia żylaków i wrzodów podudzia

Elastoplast

Okrężne opatrunki uciskowe z Elastoplastu przywracają normalny obieg krwi w żyłach i uwalniają pacjenta od ciężkości w nogach. Ciągły masaż, jaki wywiera opatrunek z Elastoplastu, wzmacnia tkanki zrębowe i stwarza warunki sprzyjające wyleczeniu.

Do nabycia w aptekach w długościach 2½ i 5 m, (w stanie nierozciągniętym) w szerokościach 3, 4, 6, 8, 10 i 12 cm.

Beiersdorf AG. Posen, Fabryka Chemiczna, Posen 10

El 101 pol

Zamawianie i opłata czasopisma

»ZDROWIE I ŻYCIE«

tylko przez właściwy urząd pocztowy

Reklamacje

w razie niedoręczenia czasopisma kierować nie do Wydawnictwa, lecz do urzędu pocztowego, w którym dokonano wpłaty na prenumeratę

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 15 (32). Rocznik II. | Kraków, 13. 4. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

Konferencja w sprawie prac Wydziału Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora,

odbyta w Warszawie w dniach 21 i 22 marca 1941.

Napisał: Fritz Müller, główny referent administracji ogólnej w Wydziale Spraw Zdrowotnych i Opieki Zdrowotnej nad ludnością w Urzędzie Generalnego Gubernatora, Kraków.

Posiedzenie Wydziału Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora, jakie odbywa się co pół roku, ostatnio odbyło się w Warszawie. W zebraniu, któremu przewodniczył Gebietsgesundheitsführer Prezydent Dr Walbaum jako kierownik Wydziału Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora, wzięli udział wszyscy główni referenci Wydziału jak też kierownicy i referenci wydziałów spraw zdrowotnych w urzędach szefów okręgów oraz niemieccy lekarze urzędowi. Jako goście byli obecni kierowniczy oficerowie sanitarni niemieckiej siły zbrojnej, SS i policji, oraz prezydent Westerkamp, kierownik Wydziału Spraw Wewnętrznych w Urzędzie Generalnego Gubernatora.

Po otwarciu konferencji, którego dokonał Gebietsgesundheitsführer, prezydent Westerkamp mówił o „jedności administracji" i dał przytym obszerny przegląd jednolitej budowy administracji Generalnego Gubernatorstwa według trzeciego rozporządzenia o ustroju administracji Generalnego Gubernatorstwa (podział rządu Generalnego Gubernatorstwa).

Referaty z dziedziny spraw zdrowotnych w Generalnym Gubernatorstwie rozpoczął zastępca kierownika Wydziału Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora radca sanitarny Dr Ohrloff obszernym odczytem o zwalczaniu chorób zakaźnych, które tak jak przedtem są w Generalnym Gubernatorstwie najbardziej aktualnym zagadnieniem wśród spraw zdrowotnych.

Prelegent na wstępie dał przegląd następujących chorób zaraźliwych, co do których istnieje obowiązek zgłaszania:

1. dżuma
2. żółta gorączka
3. ospa
4. cholera
5. dur brzuszny i paradury
6. dur osutkowy
7. dur powrotny
8. czerwonka
9. płonica
10. błonica
11. epidemiczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
12. odra
13. zapalenie ślinianki przyusznej
14. krztusiec
15. zimnica
16. gorączka połogowa
17. porażenie dziecięce

18. epidemiczne zapalenie substancji mózgowej
19. choroba Banga
20. trąd
21. róża
22. gruźlica zaraźliwa
23. jaglica
24. twardziel nosa
25. wąglik
26. nosacizna
27. włośnica
28. wścieklizna
29. zatrucia zepsutym mięsem i rybami, jak też zatrucia grzybami i ukąszenia żmii
30. choroby weneryczne,

jak również koło osób obowiązanych do zgłaszania tych chorób.

Zobowiązani do złożenia doniesienia są:

1. leczący lekarz
2. kierownik szpitala i zakładu leczniczego
3. felczerzy, położne i pozostały personal pomocn.
4. głowa rodziny, lub opiekun
5. posiadacz mieszkania, właściciel domu lub rządca
6. kierownicy szkół, zarządy więzień, właściciele hoteli, wynajemcy
7. oglądacze zwłok
8. organa policyjne
9. właściciele statków.

Doniesienia należy składać na przepisanych formularzach, które można otrzymać w Wydziale Spraw Zdrowotnych przy szefach okręgów jak też przy starostwach powiatowych i miejskich. Lekarz urzędowy w starostwie winien zapewnić przestrzeganie obowiązku doniesienia, przypominać opieszałym o ich obowiązku, a w wypadku ponownego naruszenia obowiązku skierować doniesienie przeciwko opieszałym. Dla pomocy lekarzowi urzędowemu przy starostwach powiatowych wzgl. miejskich ustanowiono lekarzy gminnych wzgl. rejonowych. Przy zwalczaniu chorób zakaźnych stoją do dyspozycji lekarzy urzędowych higieniczno-bakteriologiczne zakłady badawcze, które w razie potrzeby będą uzupełnione higieniczno-bakteriologicznymi zakładami niemieckiej siły zbrojnej.

Środki ochronne:

Zwalczanie chorób zaraźliwych musi się na przyszłość opierać więcej niż to było dotychczas na ostrzeganiu i uświadamianiu ludności. Jako dalsze środki ochronne prelegent przytoczył:

zawiadamianie sąsiednich urzędów,
udzielanie porad higienicznych lekarzom praktykującym,
obserwacja osób podejrzanych o chorobę,
odosobnienie chorych osób w szpitalach,
odosobnienie chorych osób w mieszkaniu,
utworzenie pomocniczych pomieszczeń izolacyjnych,
utworzenie pomieszczeń kwarantannowych,
przygotowanie pomocy lekarskiej i osób pielęgnujących,
przeprowadzanie szczepień ochronnych,
ograniczenie korzystania z pewnych studni,
zapobieganie gromadzeniu się ludzi,
zakaz jarmarków i targów,
powstrzymanie od uczęszczania do szkół i od nauczania,
nadzorowanie obrotu artykułami żywności,
ograniczenie ruchu przedsiębiorstw,
ograniczenie wolności przenoszenia się,
obowiązek zgłaszania osób przyjeżdżających,
zakaz zmiany miejsca pobytu,
zarządzenia co do przewożenia chorych,
oznaczanie mieszkań i domów,
opróżnianie mieszkań i budynków,
zamykanie części miejscowości,
ograniczenia przejazdu kolejami,
zapobieganie przenoszeniu przez robactwo,
zwalczanie much,
dokonywanie odwszawień,
dokonywanie dezynfekcyj,
przygotowanie kolumn odwszawiających,
przygotowanie dezynfektorów,
zaopatrzenie w aparaty dezynfekcyjne,
zaopatrzenie w wapno chlorowane i środki dezynfekcyjne,
ograniczenia komunikacyjne dla personalu pielęgniarskiego,
spis nosicieli zarazków i osób trwale wydalających zarazki,
zaostrzona kontrola urządzeń ustępowych,
zarządzenia co do składania do trumny i grzebania.

Przygotowanie zwalczania chorób zakaźnych.

Od najdawniejszych czasów zarządzenia o zwalczaniu chorób zaraźliwych wynikały z panujących poglądów co do powstawania chorób zakaźnych. Zarządzenia zapobiegawcze w istocie swej są zarządzeniami natury ogólnej i dotyczą wielkiej dziedziny higieny publicznej. Jako środki przygotowawcze dla walki z chorobami zakaźnymi wchodzą w rachubę szczególnie następujące sprawy:

stosunki zdrowotne w zaopatrzeniu w wodę do picia,
usuwanie wód ściekowych i odpadków,
nadzorowanie i higiena urządzeń ustępowych,
kontrola mleczarń,
kontrola wytwórni środków spożywczych,
kontrola wytwórni wód mineralnych,
kontrola przygotowywania potraw,
badania personelu w wytwórniach środków spożywczych,
badania personelu w jadłodajniach,
utrzymywanie w czystości koryt rzek,
utrzymywanie czystości w zakładach kąpielowych,
wznoszenie zakładów odwszawiających,
popieranie zwalczania robactwa,
tworzenie oddziałów izolacyjnych,
przygotowanie oddziałów kwarantannowych,
utrzymywanie pogotowia personelu pielęgniarskiego,
wyszkolenie dezynfektorów,
zaopatrzenie w środki dezynfekcyjne,
zaopatrzenie w przybory dezynfekcyjne,
przygotowanie środków dla przewożenia chorych,
przygotowanie wozów dla przewozu zwłok,
zakładanie kostnic i cmentarzy,
utrzymywanie w czystości miejscowości i mieszkań,
utrzymywanie w czystości ciała i ubrania,
zdrowotne pouczanie ludności,
przygotowanie szczepionek ochronnych,
utrzymywanie w pogotowiu naczyń przesyłkowych,
ujęcie nosicieli zarazków i trwale wydalających zarazki.

Przechodząc do zarządzeń ochronnych przy wystąpieniu poszczególnych chorób zakaźnych prelegent przytoczył:

Przy czerwonce:

odosobnienie chorych w izbach dla chorób przewodu pokarmowego lub w szpitalach,
wykluczenie osób trwale wydalających zarazki,
uszczelnienie urządzeń ustępowych od góry i od dołu,
dezynfekcja fekaliów wapnem chlorowanym,
zwalczanie much,
ochrona artykułów spożywczych,
uzyskanie wody do picia nie podlegającej zarzutom,
kontrola personelu kuchennego i osób pomocniczych w mleczarniach i wytwórniach artykułów spożywczych,
przygotowanie papieru klozetowego i umywalni w ustępach,
ustawienie misek ze środkami dezynfekcyjnymi,
utworzenie składów wapna chlorowanego w okręgach,
przygotowanie dezynfektorów i urządzeń dezynfekcyjnych,
zaostrzona kontrola wszystkich urządzeń higienicznych,
uświadamianie ludności przez ulotki, prasę, radio,
unikanie spożywania surowych owoców,
przestrzeganie najdokładniejszej czystości.

Przy durze brzusznym:

Zapobiegawcze szczepienie ochronne przy żadnej z chorób zakaźnych nie jest tak skuteczne jak przy durze brzusznym. Nie należy polecać tabletki „Typhoralu" jako ochrony przeciwko durowi brzusznemu. Bezwarunkowo koniecznym jest przeprowadzenie szerokich szczepień ochronnych wśród ludności. Przy żadnej z chorób zakaźnych higieniczny stan kulturalny miejscowości, jego zaopatrzenie w wodę i kanalizację, troska o obrót artykulami żywnościowymi, nie odgrywa tak wielkiej roli przede wszystkim ze względu na rozpowszechnienie choroby zakaźnej i zwiększenie możliwości zakażenia, jak właśnie przy durze brzusznym, dlatego też należy położyć najwyższy nacisk na podniesienie ogólnej higieny.

Zwalczanie **duru osutkowego** można było nadal przeprowadzić skutecznie tak, że i minionej zimy można było powstrzymać rozszerzanie się duru plamistego. Pomijając mniejsze epidemie w niektórych miejscowościach, które to epidemie na skutek czynności i energicznych zarządzeń władz zdrowotnych ograniczono do ich ogniska ubiegłej zimy, nie zaznaczyło się rozszerzenie duru osutkowego. Liczne zakłady dezynfekcyjne, wyszkolony personel, a przede wszystkim celowa planowa organizacja są pierwszym warunkiem zwalczania duru osutkowego. Dr Ohrloff wskazał szczególnie na konieczność przygotowania materiału dla znormalizowanych urządzeń natryskowych i odwszawiających, utworzenie odpowiednich oddziałów budowlanych, wykształcenie dezynfektorów, uzyskanie środków dezynfekcyjnych jak: siarki, salfarkozy, kwasu pruskiego, cuprexu, octu sabadylowego, nafty, oraz podniósł, że dalej musi się myśleć o możliwościach przewożenia chorych i wozach dla transportowania nieczystych przedmiotów, mających ulec odwszawieniu, jak również o uzyskaniu aparatów dla gazowania mieszkań. Jak wszędzie przy zwalczaniu chorób zakaźnych, także i przy występowaniu duru osutkowego zgłaszanie odgrywa wybitną rolę.

Opierając się na fakcie, że nosicielami duru osutkowego są w pierwszej linii żydzi, musi się wskutek tego domagać dalej:

1. utworzenia ghetta we wszystkich miejscowościach,
2. spisu wszystkich mieszkających żydów,
3. poświadczenie o miejscu pobytu,
4. zezwolenia na zmianę mieszkania i obowiązku zgłaszania,
5. zapobieżenia fluktuacjom,
6. zakazu używania kolei, wzgl. osobnych wagonów kolejowych,
7. uregulowania używania tramwajów,
8. zakazu używania linij autobusowych,
9. ograniczenia publicznych urządzeń dla żydów,
10. ograniczenia ruchu ulicznego,
11. leczenia tylko przez lekarzy żydowskich,
12. wychowania w kierunku czystości.

Przeprowadzanie **szczepień ochronnych przeciwko ospie** jest zabezpieczone na podstawie ustawy b. państwa polskiego z dnia 10. 7. 1919. Jako lekarzy dokonujących szczepień należy powoływać w pierwszym rzędzie lekarzy powiatowych. Uwolnienie od szczepienia zachodzi:

1. jeżeli podlegający szczepieniu przebył ospę naturalną w ciągu ostatnich pięciu lat,
2. jeżeli został zaszczepiony z dobrym wynikiem,
3. jeżeli trzykrotne szczepienie pozostało bez wyniku,
4. jeżeli na mocy świadectwa lekarza powiatowego stwierdzi się, że nie jest zdolny do szczepienia,
5. jeżeli w czasie dokonywania szczepień jest chory i dowiedzie tego świadectwem lekarskim.

Na zakończenie swych wywodów prelegent omówił tak nadzwyczaj ważną przy zwalczaniu chorób zakaźnych sprawę dezynfekcji. Dlatego też obowiązkiem każdego lekarza urzędowego jest dbać o dostatecznie wielki sztab wyszkolonych dezynfektorów. Władzą zarządzającą jest starostwo, które także ponosi koszta całej organizacji dezynfekcji. Wyszkolenie dezynfektorów odbywa się w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, który ostatnio przeprowadził tego rodzaju kursy. Po ukończeniu 14-dniowych kursów słuchacz musi się poddać egzaminowi końcowemu, z którego przy dobrym wyniku wydaje się świadectwo.

Od ubiegających się wymaga się następujących dowodów:

1. dowód pochodzenia aryjskiego, jeżeli dezynfektor nie jest przewidziany dla ludności żydowskiej,
2. policyjne świadectwo sprawowania się,
3. dowód lojalności politycznej,
4. świadectwo lekarza urzędowego o przydatności cielesnej i umysłowej,
5. poświadczenie, że wyszkolenie odpowiada potrzebie.

Wszyscy dezynfektorzy podlegają nadzorowi lekarza urzędowego, on też powołuje ich do wykonania pracy.

W praktyce dezynfekcyjnej należy odróżniać bieżącą dezynfekcję przy łóżku chorego i dezynfekcję końcową po zejściu choroby. Dezynfekcję bieżącą winna przeprowadzać możliwie egzaminowana osoba personalu pielęgniarskiego. Zaleca się wszelkiego rodzaju kształcenie personalu pielęgniarskiego, który mógłby być użyty do pracy w przypadkach choroby. Dezynfekcję końcową należy przeprowadzać tylko

przez wyszkolonego dezynfektora. Z reguły będzie to dokładna dezynfekcja mechaniczna, albo też dezynfekcja formalinowa przeprowadzana przy pomocy aparatu do parowania. Dezynfekcja końcowa musi następować wkrótce po klinicznym lub bakteriologicznym wyzdrowieniu po zakończeniu okresu zarażalności, po śmierci lub po skierowaniu do szpitala.

Następny referat wygłosił naczelny lekarz miasta Krakowa radca sanitarny Dr. Buurmann na temat **„Zwalczanie chorób wenerycznych“.** Zobrazował on środki walki b. państwa polskiego, która to walka była uregulowana rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych z 7. listopada 1922 o dozorze nad prostytucją a dalej rozporządzeniem Rady Ministrów z 29 sierpnia 1928 o zwalczaniu alkoholizmu i komisjach sanitarno-obyczajowych.

Wprawdzie rozpowszechnienie chorób wenerycznych po wojnie światowej, podobnie jak w innych krajach, doprowadziło także i w b. Polsce do szukania zarządzeń zapobiegawczych. Ciałom ustawodawczym przedłożono też różne projekty ustaw, jednakże nie doszło do przyjęcia żadnego z nich. Miejscem walki z chorobami wenerycznymi były w b. Polsce ośrodki zdrowia, w których obok chorób wenerycznych zwalczano też gruźlicę, jaglicę i alkoholizm. Obok tego utworzono przychodnie dla zwalczania chorób wenerycznych, których to przychodni według Stopczańskiego było w r. 1938 w b. Polsce 507, jednakże te urządzenia w znacznej mierze nie wystarczały dla prowadzenia skutecznej walki przeciw chorobom wenerycznym. Przede wszystkim brakowało lekarzy po wsiach, większej ilości przychodni, jak też łóżek dla chorych wenerycznych. Z tego powodu nie było możliwym skuteczne a przede wszystkim szpitalne leczenie osób chorych na kiłę i rzeżączkę w okresie wysokiej zaraźliwości. Jest znanym faktem, że walka z chorobami wenerycznymi jest mniej czy więcej walką z prostytucją.

Po szczegółowych wywodach prelegenta o tym, że wynik zwalczania chorób wenerycznych odnośnie do nadzorowania prostytutek nie jest sprawą policji obyczajowej, lecz sprawą zdrowotną, a przez to sprawą podlegającą kierownictwu spraw zdrowotnych, przeszedł on do omówienia rozporządzenia Generalnego Gubernatora z 22 lutego 1940 o zwalczaniu chorób wenerycznych w Generalnym Gubernatorstwie, ponieważ ustawodawstwo b. państwa polskiego nie dawało możliwości energicznego zwalczania chorób wenerycznych oraz dowiódł, że wymagany przez to rozporządzenie **przymus leczenia** wszystkich cierpiących na chorobę weneryczną musi być bezwarunkowo przeprowadzony.

Ponadto w walce z chorobami wenerycznymi nadzwyczaj ważnym jest **ujęcie źródeł zakażenia,** albowiem dopiero przez ich usunięcie będzie możliwym skuteczne zwalczanie choroby.

Utworzone w Krakowie **poradnie dla chorych wenerycznie,** które o ile wchodzą w rachubę dla niemców, podlegają kierownictwu lekarza naczelnego niemieckiego szpitala okręgowego Dr. Brunsa, a o ile stoją do dyspozycji ludności polskiej, są kierowane przez dotychczasowego dziekana wydziału lekarskiego i profesora zwyczajnego chorób skórnych i wenerycznych b. Uniwersytetu Krakowskiego, Prof. Dra Waltera, dowodzą, że droga, na jaką weszła niemiecka administracja zdrowia dla zwalczania chorób wenerycznych, jest skuteczna a przez to i słuszna.

Dotychczasowy pogląd, rozpowszechniony w b. państwie polskim, o usunięciu chorób wenerycznych z rozważań publicznych ze względu na osobistą wolność jednostki, dla której przez to mogłyby wyniknąć szkody gospodarcze, nie przyczynia się do skutecznego zwalczania choroby, lecz powoduje dalsze pogorszenie tej zarazy. Temu poglądowi zupełnie nie służącemu dobru narodu położyło kres rozporządzenie Generalnego Gubernatora z 22 lutego 1940 nakładając na lekarzy **obowiązek zgłaszania** choroby jako choroby zakaźnej. Tak więc rozporządzenie Generalnego Gubernatora zawiera 3 **najważniejsze wymogi w walce z chorobami wenerycznymi,** a mianowicie: **obowiązek zgłaszania, przymus leczenia, wyszukiwanie źródeł zakażenia.** Doświadczenia w Krakowie dowiodły, że ludność polska, chociaż powoli, jednak przyjmuje stopniowo do wiadomości fakty skutecznego zwalczania chorób wenerycznych, oraz że dojdzie do tego, że także i polska ludność coraz to więcej będzie podtrzymywać walkę niemieckiej administracji zdrowia z chorobami wenerycznymi. **Zadaniem lekarzy jest** uświadamiać zarówno chorych wenerycznych jak i ludność, że choroba nie jest sprawą chorującego na nią, lecz sprawą całego narodu, oraz że każda jednostka ma obowiązek brania udziału w walce przeciwko tej zarazie.

Na temat **„Nadzór nad artykułami żywnościowymi“** mówił Dr. Kleber, referent oddziału aptek i środków leczniczych w Wydziale Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora.

Po przeglądzie zadań Państwowego Zakładu Higieny i jego oddziału chemii artykułów żywnościowych, który wykonuje nadzór nad artykułami żywności, używkami oraz przedmiotami użytkowymi, prelegent zobrazował szczegółowo doświadczenia, poczynione dotychczas w dziedzinie nadzoru nad artykułami żywnościowymi.

Obok oddziału chemii artykułów spożywczych Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie z filiami w Krakowie, Lublinie i Kielcach, na podstawie rozporządzenia Prezydenta b. Rzeczypospolitej Polskiej istnieją podobne zakłady miejskie w Krakowie, Warszawie, Radomiu i Kielcach. W roku ubiegłym założono nowy zakład w Częstochowie, podczas gdy zakład w Zakopanem ponownie podejmie swą pracę w najbliższym czasie. W miejscowościach, w których znajdują się miejski urząd badania i filia Państwowego Zakładu Higieny zakres pracy podzielono o tyle, że miejski urząd badawczy kontrolował sklepy artykułów spożywczych i jadłodajnie w mieście, podczas gdy Państwowy Zakład Higieny opiekował się sklepami spożywczymi i jadłodajniami w pozostałych miejscowościach okręgu, a ponadto w porozumieniu z zarządem miejskiego zakładu badania przeprowadzał kontrolę artykułów spożywczych w wytwórniach artykułów spożywczych, sklepach hurtowych i restauracjach kolejowych.

Pobieranie prób artykułów żywnościowych odbywa się nadal przez kontrolerów Państwowego Zakładu Higieny wzgl. przez kontrolerów powiatowych.

Polskie ustawy o artykułach spożywczych zawierają bardzo cenne postanowienia, wedle których

1. wszystkie środki zastępcze artykułów żywnościowych mogą być dopuszczone do obrotu dopiero wówczas, jeżeli zbadano je w Państwowym Zakładzie Higieny, a Ministerstwo Opieki Spo-

łecznej udzieliło zezwolenia na wytwarzanie z odpowiednim numerem rejestracyjnym. Na skutek tego z góry zabezpieczono, że do obrotu dostaną się tylko takie środki zastępcze, których jakość jest bez zarzutu. To postanowienie zapobiega też możliwości jakiegokolwiek grubego wprowadzenia w błąd publiczności za pomocą fałszywych oznaczeń.
2. Wszystkie barwiki, których używano do sztucznego barwienia artykułów żywnościowych i używek, podlegały tak samo obowiązkowi rejestracji.

Następnie Dr. Kleber omówił obecne położenie odnośnie do nadzorowania artykułów żywnościowych. W tymczasowej instrukcji służbowej dla państwowych i miejskich urzędów badawczych, którą wydał w listopadzie 1940 Wydział Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora, przewidziano, że na 1000 mieszkańców należy pobierać rocznie pięć prób artykułów żywnościowych i używek, a na 2000 mieszkańców pobierać jedną próbę przedmiotów użytkowych. Dotychczas na skutek braku kontrolerów artykułów żywnościowych nie można było jeszcze osiągnąć ustalonej jako normy liczby pobierania prób, jednakże w najbliższym czasie należy się liczyć z tym, że nadzór nad artykułami żywnościowymi będzie się odbywał w przewidziany sposób. Kursy, na których wykształci się kontrolerów artykułów żywnościowych urządzi Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

Ponad 50% prób otrzymanych przez zakłady badań musiano zakwestionować. Tak np. zakwestionowano próby masła, które miały zawartość wody 50—70%, podczas gdy masło może zawierać najwyżej 16% wody.

Zaopatrzenie w wodę w Generalnym Gubernatorstwie musi się określić jako poprostu katastrofalne. W Radomiu np. obok wodociągów istnieje jeszcze 1000 studni, które muszą podlegać stałej kontroli.

Rozbudowa instytutów higienicznych i zwiększenie ich personalu doprowadzi do tego, że w niedługim czasie kontrola artykułów spożywczych będzie przeprowadzana tak, iż istotnie przyczyni się do ochrony przed chorobami zakaźnymi.

O istniejącym na terenie Generalnego Gubernatorstwa **zakładach dezynfekcyjnych** mówił Dr. Giller, główny referent Wydziału Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora. Przez znaczne dodatkowe budowanie zakładów dezynfekcyjnych przez niemieckie władze zdrowia także i w tym względzie przyczyniono się istotnie do zwalczania chorób zakaźnych pod trwającą półtora roku administracją pozostającą pod kierownictwem niemieckim. Zarówno stałe jak ruchome zakłady dezynfekcyjne powołano do pracy wszędzie tam, gdzie przede wszystkim występuje wesz jako roznosicielka chorób zakaźnych, szczególnie tyfusu plamistego, a przez to istnieje możliwość ograniczenia chorób zakaźnych do ich ogniska. Budowa stałych zakładów dezynfekcyjnych jak również zastosowanie podobnych urządzeń ruchomych postępuje w dalszym ciągu tak, że również i w tej dziedzinie praca może się odbywać coraz to skuteczniej.

O zdrojach leczniczych w Generalnym Gubernatorstwie, ich chemicznych, fizycznych i farmakologicznych właściwościach mówił Dr. Geyer, główny referent spraw kąpielisk państwowych, szpitali, uzdrowisk i instytutów leczniczych w Wydziale Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora. Dał on ogólny przegląd zdrojowisk Generalnego Gubernatorstwa podobnie, jak to już omawiał w wyczerpującym artykule w Nr. 15 (16) 1940 czasopisma „Zdrowie i Życie". W związku z tym należy przypomnieć artykuły Dr. Geyera z r. 1941 w Nr. 1, pod tytułem „Naturalne siły lecznicze państwowego zdrojowiska Krynica" jak również w Nr. 7, z 1941 r. pod tytułem „Klimat w Generalnym Gubernatorstwie i jego klimatoterapeutyczna ocena".

Na zakończenie pierwszego dnia obrad mówił Kreisleiter Ollesch o zadaniach zdrowotnych i dobroczynno-opiekuńczych działu „Deutsches Hilfswerk" przy N. S. D. A. P.

Drugi dzień obrad przeznaczono na wewnętrzne konferencje współpracowników Wydziału Spraw Zdrowotnych w Urzędzie Generalnego Gubernatora jak też urzędów szefów okręgów z niemieckimi lekarzami urzędowymi przy starostwach powiatowych i miejskich. Zakończenie obrad stanowiło zwiedzanie zdrowotnych urządzeń m. Warszawy i bliższej okolicy.

Zęby jako źródło zakaźne

Napisał: Dr. Władysław Szumowski, Kraków.

Od kilkunastu lat mówi się w medycynie o tym, że ząb może być źródłem zakażenia, które się może przenieść lub odbić na oddalonych narządach, wywołując takie lub inne, nieraz ciężkie schorzenia. W ostatnich latach różni autorowie opisywali najprzeróżniejsze cierpienia, które miały mieć swoje źródło w zębie, jako pierwotnym ognisku zakaźnym: opisywano w ten sposób gościec stawowy, zapalenie wsierdzia, mięśnia sercowego, nerek, różne neuralgie, myalgie, chroniczne bóle głowy po jednej stronie, wypryski, stany ogólnego rozbicia, osłabienia, niechęć do pracy. Ponieważ wykaz tych schorzeń na tym się nie kończy, można by się obawiać, że w tym wszystkim tkwi pewna przesada. Można by powiedzieć, że rozpoczyna się moda na ukryte cierpienia, których źródłem pierwotnym jest ząb. Dlatego podajemy tutaj za Drem Tauchertem z Hannoweru (Münch. med. Wschr. 1940 Nr. 50) ogólny przegląd całego zagadnienia, tak ważnego ze stanowiska współpracy różnych specjalności i zawodów leczniczych.

Internista, zanim skieruje pacjenta do dentysty celem „wyrwania paru zębów“, winien chorego wprzód wszechstronnie zbadać, aby wykluczyć możliwość innego cierpienia. Jakkolwiek to się samo przez się rozumie, to jednak doświadczenie poucza, że w praktyce nie zawsze jest zrobione wszystko to, co wykonane być powinno.

Należy więc chorego jakiś czas uważnie obserwować, zwłaszcza mierzyć jego ciepłotę ciała, najlepiej w kiszce stolcowej, przez co się uzyskuje dokładniejsze dane. Podniesienie temperatury o parę kresek ponad normę zmusi nas do szukania przyczyny tego objawu, który właśnie towarzyszy często ukrytemu ognisku zakaźnemu. Równocześnie obserwujemy zazwyczaj przyspieszone tętno, do 80—85.

Trzeba dalej wykonać badanie krwi. Przy ukrytym ognisku zakaźnym znajdujemy pod mikroskopem w preparacie barwionym przesunięcie obrazu białych ciałek na lewo, tj. zwiększoną ilość leukocytów pałeczkowatych oraz obecność form młodocianych. Badanie opadania krwinek wykaże nieznaczne przyspieszenie opadania, zwłaszcza w pierwszej godzinie.

Wykazanie bakteryj we krwi udaje się rzadko, choćby nawet istniały już gdzieś w ustroju i ogniska wtórne. Twierdzenie, wysuwane przez niektórych autorów, że mianowicie określone drobnoustroje mają powinowactwo do określonych narządów i w nich się najchętniej usadawiają, nie da się utrzymać. W zakażeniach ogniskowych spotyka się różne drobnoustroje, najczęściej jednak rozmaite chorobotwórcze gatunki kokków. Prątek Löfflera, pomimo, że zakażenie błonicze jest typowym zakażeniem ogniskowym, nie wchodzi w tych cierpieniach w rachubę.

Gdy w ten sposób badania pomocnicze dostatecznie uzasadnią podejrzenie, że istnieje gdzieś w ustroju ukryte ognisko zakaźne, należy chorego skierować do specjalisty chorób gardła i nosa, który łatwo może znaleźć przyczynę w migdałkach albo w zatokach bocznych nosa. Oczyszczenie migdałków, ewentualnie ich usunięcie albo doprowadzenie do porządku jam bocznych nosa nieraz usuwa cały obraz chorobowy. Jakkolwiek te zabiegi są nieraz kłopotliwe, to jednak w podejrzanych przypadkach nigdy nie należy ich zaniedbywać, gdyż są one zawsze łagodniejsze niż usunięcie paru zębów.

Jeżeli rinolaryngolog nic nie wykaże, wtedy staje się coraz bardziej prawdopodobnym, że przyczyna tkwi w zębach. Ale doświadczony dentysta musi mieć wskazówki bardziej szczegółowe. Usunięcie paru zębów jest dla pacjenta nie tylko szkodą fizjologiczną. Uzębienie jest dziś dla każdego człowieka, zwłaszcza zajmującego jakieś stanowisko społeczne, a najwięcej dla kobiet — bardzo istotną częścią ciała. Na posiadaniu własnych zębów opiera się u wielu osób dobre samopoczucie, ich utrata byłaby dla nich ciężkim urazem psychicznym.

W zagadnieniu wzajemnego wpływu ciała i duszy nie napróżno zwraca się uwagę na to, że posiadanie własnych zdrowych zębów jest dla wielu osób warunkiem równowagi duchowej; utrata zębów jest odczuwana jako objaw starczy, zwiastun zbliżającej się śmierci. Wyrazem tych przeżyć duchowych bywają sny, którym towarzyszą niekiedy kloniczne skurcze mięśni żwaczy, co daje obraz zgrzytania zębami w nocy. Trudno byłoby wyrządzić młodej, ładnej kobiecie większą krzywdę, niż usuwając jej parę zębów przednich, a cóż dopiero kilka albo wszystkie! Niewątpliwie niejeden związek małżeński, którego spoistość polega przecież w dużym stopniu na tym, że kobieta podoba się mężczyźnie, uległby rozluźnieniu, gdyby ładna małżonka nagle dała sobie usunąć część zębów. Wprawienie zębów sztucznych nie zastąpi nigdy własnego uzębienia, zwłaszcza jeżeli pacjent dostaje protezę do wyjmowania. Wreszcie dodać należy, że każdy dentysta już z obowiązku swego musi pacjentowi zwrócić uwagę, że po tym tak niepożądanym wyrwaniu paru zębów może wprawdzie nastąpić polepszenie albo wyzdrowienie i prawdopodobnie nastąpi, ale pewności pod tym względem dentysta nigdy mieć nie może.

Dlatego należy wszelkimi sposobami dążyć do tego, żeby przed rwaniem zębów ustalić, który ząb jest chory. Trudności diagnostyczne są duże, gdyż ognisko zakaźne może tkwić w głębi zęba, nie wywołując wcale alarmującego, a nawet w ogóle żadnego bólu. Obecność powiększonych gruczołów limfatycznych po jednej stronie ułatwia po części orientację, ale to jest tylko orientacja ogólna, która oczywiście nie wystarcza. Toteż doświadczony stomatolog dzisiaj nie będzie rwał zębów na ślepo, ale odsyła pacjenta wprzód do rentgenologa.

Lecz nawet i prześwietlenie zębów niekiedy nasuwa jeszcze dalsze trudności diagnostyczne. Większość osób posiada dzisiaj w ustach plomby, zęby z martwym nerwem, korony i mostki w dużej ilości. Jest to tragedia konserwatywnej dentystyki, że każdy ząb, w którym miazga jest martwa, może mieć w głębi ukryte ognisko zakaźne. Obraz rentgenowski ma oczywiście bardzo duże znaczenie pomocnicze, ale tylko do pewnych granic. Jak wiadomo, zdjęcie rentgenowskie daje nam cień pewnego ciała, w danym wypadku szczęki, o pewnej grubości. Wszystko, co się znajduje w jednej płaszczyźnie, będzie wrzucone w jeden wspólny cień, w którym niekiedy nie można szczegółów rozróżnić. Na przykład: w zębie rozwija się *ostitis apicalis* i ziarniniak *(granuloma)*, ale otwór korzenia znajduje się nie na jego końcu, lecz więcej z boku. Wskutek tego ziarniniak może się znaleźć w cieniu korzenia i na obrazie rentgenowskim wcale nie wystąpi. W ten sposób prześwietlenie zęba może dać wynik ujemny, a jednak ząb może mieć ognisko zakaźne.

Zwykle *status* rentgenowski wszystkich zębów wykazuje w wielu z nich ziarniniaki lub torbiele. Które teraz ognisko jest czynne? Albo może parę ognisk rozsiewa zakażenie równocześnie? Sprawa się komplikuje jeszcze przez to, że, jak to zostało udowodnione, nawet zęby bez ziarniniaków mogą mieć ogniska czynne.

Niestety, nie znamy jeszcze metody, która by pozwalała stwierdzić z całą pewnością, czy dany ziarniniak albo ząb z martwą miazgą jest czynny lub nieczynny. Proponowano niedawno metodę prowokacyjną, która polega na tym, że się naświetla podejrzane zęby falami ultrakrótkimi. Jeżeli ognisko jest czynne, wtedy opadanie krwinek ulega przyspieszeniu, jeśli nieczynne, nie ma żadnej zmiany. Jednakże metoda ta nie jest jeszcze dostatecznie wypróbowana, żeby ją można było polecić. Inne proponowane metody prowokacyjne są jeszcze mniej pewne.

Dla dokładności należy zaznaczyć, że wyjątkowo także żyjące zęby mogą być przyczyną ogniska zakaźnego. Są to przypadki, w których zęby są otoczone głęboką kieszonką w dziąśle, wskutek czego zatrzymuje się wydzielina. Z tym się spotykamy np. tam, gdzie są kieszonki za zębami mądrości, albo — i to

najczęściej — przy paradentozie. W tym ostatnim cierpieniu obserwujemy często, że ropa wybiera chętniej drogę przez kość, okostną i błonę śluzową, niż naturalną drogę wzdłuż zęba przez kieszonkę, zwłaszcza o ile ta kieszonka jest głęboka. Znana jest skłonność dolnych zębów mądrości, w razie nasilenia przewlekłej sprawy zapalnej, do ciężkich ropień, niekiedy nawet groźnych dla życia.

Z powyższego widzimy, że trudności diagnostyczne są bardzo wielkie. Ale istnieją także trudności terapeutyczne. Zwykle dentysta zaczyna od największych cieni obrazu rentgenowskiego albo od torbieli; zęby wyjmuje, zębodoły starannie oczyszcza. Jednakże przez to nie zawsze sprawa ulega likwidacji. Uważne oglądanie zdjęć rentgenowskich wykazuje nam niekiedy zamknięte szczątki ziarniniaków albo głęboko siedzące torbiele przy tych zębach, których już nie ma. W ten sposób nawet wyjęcie zęba nie daje pełnej gwarancji, że ognisko zakaźne zostało usunięte. Jeśli chodzi o zęby bardzo cenne, jak np. zęby przednie, dentysta może próbować je utrzymać przez resekcję końca korzenia. Ta metoda daje dobre wyniki kosmetyczne, ale zwykle na krótki czas, gdyż rzadko kiedy udaje się na tej drodze usunąć doszczętnie ognisko zakaźne.

Pomimo tych wszystkich zastrzeżeń leczenie ukrytych ognisk zakaźnych przez doświadczonego stomatologa daje w ogóle znakomite wyniki, co tym bardziej podkreślić należy, że procentowo ogniska w zębach trafiają się częściej niż we wszystkich innych miejscach łącznie z terenem rinologa razem. Niepowodzenia leczenia dentystycznego mają swoje źródło w wyżej wymienionych trudnościach diagnostycznych, a niekiedy także w tym, że z ogniska pierwotnego w zębie wcześnie może powstać już gdzieś ognisko wtórne. Wtedy oczywiście usunięcie ogniska pierwotnego już nic nie pomoże, gdy samo ognisko wtórne wystarczy, żeby dać ten sam obraz chorobowy.

O nowe nastawienie psychiki pacjenta do Ubezpieczalni Społecznej

Napisał: Mirosław Popowicz, lekarz rejonowy Ubezpieczalni Społecznej, Jarosław.

Za czasów byłej polskiej Ubezpieczalni Społecznej (1919—1939) wyrobił się był w umysłach większości społeczeństwa błędny sąd o lecznictwie Ubezp. Społ. Słyszało się często takie zdanie wśród pacjentów: „Do lekarza X. Y. nie warto iść, on jest lekarzem Ubezpieczalni Społ. — on nic nie umie", lub też: „Tego lekarstwa nie warto zażywać, gdyż ono jest z Ubezpieczalni Społ., a więc na pewno nic nie warte." Ta niepochlebna dla lekarzy i lecznictwa Ubezp. Społ. opinia powstała w umysłach społeczeństwa głównie dzięki przebiegłej konkurencyjnej taktyce prywatnych lekarzy-żydów. Lekarze-żydzi, których liczba w byłej Polsce była bardzo wielka, w walce o pacjenta nie przebierali w środkach brudnej walki konkurencyjnej i to właśnie oni stworzyli ten „mit" o mniejszej wartościowości lekarza Ubezp. Społ. i lekarstw Ubezp. Społ. W pacjentów wmówiono, że lekarstwo, które otrzymują w aptece Ubezp. Społ., jest grubo tańsze, a co za tym idzie, i gorsze niż w prywatnej aptece. I dlatego w poważnych wypadkach chorobowych — pacjenci sami już zwracali się z prośbą do lekarza Ubezp. Społ., że oni chcą sobie kupić to lekarstwo w aptece prywatnej. Oczywiście był to mylny i niemądry wniosek pacjentów, gdyż, jak wiemy, niemożliwością jest w poważnej chorobie, np. w dyfterii, zapisać jakieś tańsze lub droższe lekarstwo. Istnieje tylko jedno: surowica, a ta ma jednakową cenę tak dla pacjenta Ubezp. Społ., jak i dla prywatnego.

A więc, powtarzam, tą haniebną opinię o lecznictwie Ubezp. Społ. stworzyli głównie prywatni lekarze-żydzi, chcąc zdobyć sobie w ten sposób większą klientelę. Oczywiście, że zdarzały się i takie wypadki, gdzie lekarze Ubezp. Społ. (najczęściej narodowości żydowskiej, gdyż tych było b. dużo w byłej polskiej Ubezp. Społ.) rzeczywiście zapisywali jak najmniej i to jak najtańsze leki, chcąc uchodzić w opinii swoich władz przełożonych za bardzo oszczędnych (kosztem chorego oczywiście). Lekarze ci nieraz nawet celowo zapisywali tylko groszowe lekarstwa, mając na uwadze swoją własną opinię u swoich władz ubezpieczalnianych — nie myśląc jednakże o tym, że właśnie tym uczynkiem wyświadczają swoim władzom „niedźwiedzią" przysługę. Takich wypadków dużo jednak nie było.

Obecnie Ubezpieczalnia Społ. w Generalnym Gubernatorstwie stoi a priori na tym stanowisku, że pacjent Ubezpieczalni musi dostać takie lekarstwo, jakiego wymaga jego choroba i jakie poleca najnowocześniejsza wiedza lekarska, bez względu na koszt tego lekarstwa. Lekarz Ubezpieczalni nie patrzy się teraz do lekospisu, czy można zapisać dane lekarstwo i czy ono nie jest za drogie, jak to kiedyś było. Jeżeli tylko wypadek chorobowy jest ciężki i do wyleczenia koniecznie potrzebnym jest dane — nawet bardzo drogie lekarstwo — ograniczeń żadnych prawie Ubezp. Społ. nie robi obecnie. O jednym tylko musi pamiętać lekarz Ubezp. Społ. i... pacjent. Że jeżeli wypadek chorobowy jest błahy i choroba może być całkiem dobrze wyleczona tańszym lekiem, to w tym wypadku byłoby przestępstwem względem całego społeczeństwa wymagać od Ubezp. Społ. drogiego i kosztownego leku, gdy można go zastąpić tańszym. I tutaj dochodzę do sedna rzeczy. Psychika pacjenta Ubezp. Społ. tak już jest nastawiona na to dawne „żydowskie" ujmowanie lecznictwa dawnej Ubezp. Społ., że — po pierwsze — jeszcze nie zauważyła teraźniejszych zmian w podejściu do spraw lecznictwa w Ubezp. Społ. — a po drugie — nie chce zrozumieć tego, że lecznictwo w czasie wojny (o ile możności) musi być

oszczędne a nie rozrzutne. Ciągle zdarzają się jeszcze wypadki, że zdrowy pacjent żąda od lekarza Ubezp. Społ. przepisania gliceryny na szorstką skórę rąk — a zdenerwowana pacjentka żelaznego wina — co trzeci dzień jedną flaszkę — gdyż ono jej dobrze robi na apetyt. Są to wypadki, które nie powinny obecnie mieć miejsca, a pacjenci Ubezpieczalni Społ. powinni zrozumieć, że lekarze obecnej Ubezpieczalni Społ. w Generalnym Gubernatorstwie dadzą im wszelkie lekarstwa, jeżeli choroba tego będzie wymagać, ale naprawdę tylko choroba w prawdziwym tego słowa znaczeniu.

Żyjemy w epoce, w której tworzą się nowe ideały, a znikają stare — w epoce, w której powstają nowe wartości i ceńności, a giną dawne. Jest to epoka przeobrażenia w całym świecie wszystkich pojęć — tak w zakresie wartości materialnych, jak i duchowych. Świat lekarski także zmienia niektóre swoje przestarzałe oceny i sądy. I psychika pacjenta także musi iść z biegiem czasu. Musi ona nastawić się na ogólny prąd i muszą zniknąć „histeryczne" żądania pacjentów w Ubezp. Społ. Takie twierdzenia pacjentów, jak np. „ja płacę dużo miesięcznie na Ubezp. Społ. i dlatego wymagam, żeby wszystkie moje żądania spełnione zostały" — takie twierdzenia są aspołeczne i bardzo egoistyczne. Każdy pracujący płaci do Ubezp. Społ. nie tylko po to, żeby zostały zaspokojone jego wszystkie wyłącznie egoistyczne wymagania w zakresie osobistego zdrowia, lecz także i po to, żeby przynieść częściowo pomoc swoim groszem innym ludziom, więcej potrzebującym a także pracującym. Pacjent Ubezp. Społ. musi przeto jak najprędzej nastawić swoją psychikę więcej społecznie — a przestać myśleć i żądać wyłącznie egoistycznymi kategoriami.

Czas odnowić prenumeratę na miesiąc następny!

Wszystko dla
Lekarza-dentysty i technika
po cenach urzędowych.
DENTAL-DEPOT
Stanisław Lambert Ginter
Warszawa, Al. Jerozolimska 47, tel. 8-97-64.
Załatwianie zamówień odwrotną pocztą.

HURTOWNIA DENTYSTYCZNA **„DENTAG"**
Mgr. D. E. HAŁADEWICZ, Kraków, Długa 48
instrumenty — materiały — preparaty lekarsko- i techn.-dentystyczne
Wysyłki na prowincję załatwia się odwrotnie
Telefon 121-90.

Causyth

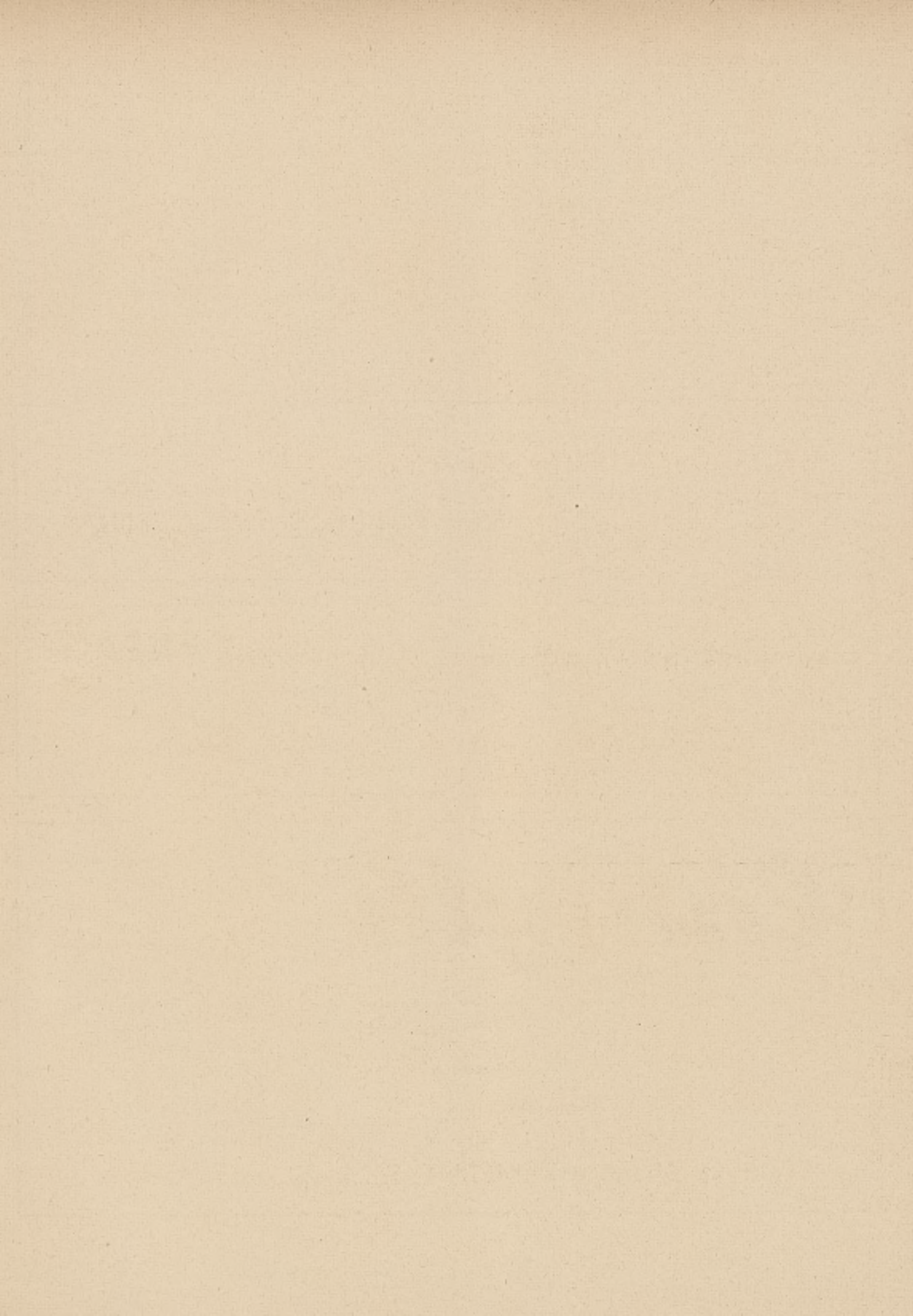
Wskazania: **Gościec — Rwa kulszowa — Zapalenie stawów — Nerwobóle — Grypa i jej powikłania — Dur brzuszny — Płonica — Błonica — Stany gorączkowe — Gorączka gruźlicza**

Zakażenia

Działania lecznicze i zapobiegawcze

Fabryka Chemiczna „METAN" Sp. z ogr. odp. Kraków

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.



C E N N I K   O G Ł O S Z E Ń

KOLUMNA OGŁOSZENIOWA: wysokość 280 mm, szerokość 186 mm.
1 kolumna obejmuje 2.240 wierszy mm, 1 łam ma szerokość 22 mm.

C E N A   Z A S A D N I C Z A
D L A   O G Ł O S Z E N:

1/1 kolumna	Zł 537·60
1 mm w 1 łamie . . .	„ 0·24

O P U S T Y:

przy wielokrotnym ogłoszeniu:

3 krotne	3%
6 „	5%
12 „	10%
24 „	15%
52 „	20%

zależnie od wielkości ogłoszenia:

1000 mm	3%
3000 „	5%
5000 „	10%
10000 „	15%
20000 „	20%

D O P Ł A T Y:

2 strona okładki	75%
3 i 4 strona okładki . . .	50%
ogłoszenie pod tekstem . .	75%
na miejscu zastrzeżonym . .	25%

POSZUKIWANIE PRACY:

za słowo	Zł. 0·20
słowo tłustym drukiem . . .	„ 0·40

W O L N E   P O S A D Y:

za słowo	Zł 0.40
słowo tłustym drukiem . . .	„ 0·80

Przy szyfrowanych ogłoszeniach prywatnych i poszukiwaniu pracy pobiera się Zł 1·50, opłaty manipulacyjnej.